|  |
| --- |
| **112年出院準備銜接長照服務計畫－簡易輔具友善銜接機制執行情形**附件7**醫事機構代碼: 　　　　 　 醫院名稱:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****執行起訖日:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **項目** | **(A)****項次****序號** | **輔具名稱** | **(B)****是否提供輔具****使用** | **(C)****輔具****使用次數** | **(D)****輔具****使用人數** |
| **1** | **#1** | **馬桶增高器 (EA01)** | **口是 口否** |  |  |
| **#2** | **便盆椅 (EA01)** | **口是 口否** |  |  |
| **#3** | **沐浴椅 (EA01)** | **口是 口否** |  |  |
| **2** | **#4** | **單支拐杖-不鏽鋼 (EB01)** | **口是 口否** |  |  |
| **#5** | **單支拐杖-鋁製 (EB02)** | **口是 口否** |  |  |
| **3** | **#6** | **助行器 (EB03)** | **口是 口否** |  |  |
| **4** | **#7** | **輪椅A款 (EC01)** | **口是 口否** |  |  |
| **#8** | **輪椅B款 (EC02)** | **口是 口否** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **總計** |  | **(歸人計算)** |
| (表格不敷使用請自行增加) (使用次數為0應註明原因) |

**地方政府所屬機關核章**

承辦人 單位主管：

（表單如不敷使用，請自行增加欄位）

**執行單位核章**

承辦人 單位主管：

（表單如不敷使用，請自行增加欄位）